

ACADÉMIE DE PARIS
UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE NECKER-ENFANTS-MALADES

Année 1974

N° 1

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

LAPLACE Jean-Claude

Né le 6 Juillet 1948, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1975

CURE DE DÉSINTOXICATION ALCOOLIQUE

Président : Mr. H. PÉQUIGNOT, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1974

ACADÉMIE DE PARIS
UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE NECKER-ENFANTS-MALADES

Année 1974

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

LAPLACE Jean-Claude

Né le 6 Juillet 1948, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CURE
DE DÉSINTOXICATION ALCOOLIQUE

Président : Mr. H. PÉQUIGNOT, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1974

UNIVERSITÉ REINE DESCARTE
ACADÉMIE DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE NECKER-ENFANTS-MALADES

N°

Année 1974

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

LAPACE Jean-Claude

Né le 12 mars 1947 à Paris



Présentée et soutenue publiquement le

CURE

DE DESINTOXICATION ALCOOLIQUE

Président M. H. REGOIGNON Professeur

DURANTIN-LORY

et Jean Duranton

PARIS (2)

1974

A Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

Médecin des Hôpitaux

Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Chef de Service de l'Hôpital Cochin

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver
ici l'expression de notre
reconnaissance et notre
profond respect.

A Monsieur le Docteur Armand MOLINIER

Ancien Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chef de Service de l'Hôpital de Rambouillet

Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse, nous a constamment
conseillé et guidé grâce à l'expérience
qu'il possède de longue date dans
ce domaine.

Nous lui exprimons notre
reconnaissance et notre
respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur CHATARD

Qui, par l'enseignement
qu'il nous a donné, nous
a fait connaître et aimer
la Médecine.

A MA FEMME

dont le soutien et les
conseils ont permis l'élaboration de cette thèse.

A MES PARENTS

à qui je dédie plus spécialement ce modeste travail, avec ma reconnaissance la plus respectueuse.

A OLIVIER

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

C U R E S

DE DESINTOXICATION ALCOOLIQUE

P L A N

- INTRODUCTION ET EXPOSE DE LA THESE.
 - BREF HISTORIQUE DU TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME.
 - DIFFERENTES TECHNIQUES DE DESINTOXICATION.
 - LES PRODUITS UTILISES DANS LES CURES DE DESINTOXICATION :
 - . L'éthylothérapie intra-veineuse
 - . L'apomorphine
 - . Le Disulfirame
 - . Autres produits
 - DEROULEMENT DE LA CURE DE DESINTOXICATION :
 - . Exemples
 - METHODE PERSONNELLE UTILISEE :
 - . Le Service
 - . Recrutement des malades ; acceptation de la cure
 - . Le temps hospitalier
 - Le sevrage
 - Contre-indications à la cure
 - Modalités de la cure
 - Entretien ultérieur du dégoût
 - Les implants ; les cures ambulatoires
 - . Le temps post-hospitalier ; la "post-cure"
 - . Les rechutes
 - . Critères de succès
 - CONCLUSION
 - BIBLIOGRAPHIE
-

INTRODUCTION ET EXPOSÉ DE LA THÈSE

L'alcoolisme reste, à l'heure présente, un grand fléau social.

Avant que les efforts conjugués du législateur et de l'économiste en aient délivré l'humanité, il appartient au médecin, et pour longtemps encore, d'essayer d'apporter aux malheureux intoxiqués et à leur entourage, guérison et espoir.

Dans cette lutte, ce ne serait guère faire oeuvre utile que de se contenter d'évaluer les méfaits de l'alcool, de vérifier les lésions biologiques et anatomiques qu'il a provoquées, d'analyser les réactions psychiques qu'il a pu entraîner et de ne prescrire, à la hâte et à la légère, pour satisfaire aux exigences de l'entourage, qu'une vitaminothérapie consolante, la plupart du temps sans effet.

"Quand vous connaîtrez les faits scientifiques, disait TROUSSEAU, gardez-vous de vous croire médecin".

L'oeuvre de guérison qui doit être notre premier but nous commande d'aller au-delà de ces faits. Nous n'y parviendrons que par des tentatives plus ou moins heureuses de méthodes de désintoxication.

Ces dernières sont nombreuses et comportent toutes un substratum commun. Il faut d'abord essayer de comprendre cet alcoolique qui n'est souvent qu'une épave, que l'on rejette de façon mépri-

sante de l'usine, du chantier, de la famille. Il faut le considérer comme un véritable malade, victime de la civilisation et de la société qui l'ont directement ou indirectement incité à trouver dans la boisson la force physique ou l'oubli des soucis quotidiens. Il faut rechercher les causes mêmes de son intoxication. Il nous appartient de les faire disparaître, tout en ne perdant pas de vue qu'elles ont laissé leur empreinte, point de départ de rechutes possibles.

Supprimer ces causes ne suffit pas. Il faut replacer l'individu dans un cadre rénové et tenter de lui faire perdre l'habitude de la boisson ; à tout cela correspondent les cures de désintoxication. La diversité de leurs modalités nous a incité à considérer les unes et les autres ; aucune d'elles n'est parfaite, chacune s'étale sur de longs mois d'observation et de surveillance.

Préciser ces modalités, tenter de définir les indications respectives de chacune d'entre elles, en préciser les limites, tel est le but de notre travail, aidé en la matière par l'expérience de notre stage interné, qui nous a permis d'analyser une expérience vieille de quinze ans et de participer nous-même activement au traitement d'intoxiqués à des degrés divers, dans le Service de Médecine générale de l'Hôpital de Rambouillet.

La place limitée qui nous est impartie dans cette thèse ne nous permet pas d'aborder toutes les faces du problème. Aussi n'envisagerons-nous pas l'alcoolisme sous son aspect "fléau social", passant sous silence ses causes et ses innombrables conséquences sociales, économiques, médicales et psychiques, nous attachant surtout ici à son traitement sous son aspect technique et pratique, apportant notre contribution à la thérapeutique toujours plus efficace de la maladie alcoolique.

L'inefficacité des anciennes méthodes et l'enthousiasme souvent immodéré et trompeur qui a suivi l'apparition des techniques nouvelles ont entraîné parfois le scepticisme de certains praticiens vis-à-vis des traitements modernes de désintoxication. D'énormes progrès ont été réalisés ces dernières décennies dans le traitement de l'alcoolisme :

- Progrès sociaux, tout d'abord : prophylaxie de l'alcoolisme nécessitant toute une série de mesures tendant à restreindre la consommation de boissons alcoolisées et par là même ses conséquences. Un grand effort reste à faire dans ce domaine.

- Progrès médicaux, permettant non seulement de libérer le malade de sa drogue, mais de l'éloigner de toute appétence toxique ultérieure.

De nombreux produits, en tête desquels l'alcool intra-veineux, l'apomorphine, le disulfirame, certains tranquillisants, sont les instruments précieux du thérapeute pour réaliser ce qu'il est convenu d'appeler "la cure de désintoxication".

Le principe de la cure est simple : ces thérapeutiques tendent à diminuer l'état de besoin engendré par l'alcool ou à provoquer des réactions désagréables lors de l'ingestion simultanée de boissons alcoolisées. Mais la drogue miracle n'existe pas et il serait faux d'imaginer un traitement standard appliqué à un malade passif, selon une méthode stéréotypée.

La maladie alcoolique ne doit pas avoir pour autant le statut de maladie incurable auquel elle était autrefois reléguée, les médecins n'ayant alors que le pouvoir d'en traiter les complications.

Les méthodes de désintoxication actuellement à notre disposition sont nombreuses, différentes les unes des autres, parfois opposées. Dans la

première partie de cette thèse, nous examinerons les multiples conduites thérapeutiques employées, décrivant les différents médicaments utilisés. Dans une deuxième partie, nous voudrions faire partager l'expérience de notre Service, employant maintenant, depuis une quinzaine d'années, une méthode personnelle de cure de désintoxication avec des résultats, il nous semble, extrêmement valables.

BREF HISTORIQUE DU TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME

Pendant de nombreux siècles, les méthodes employées tinrent de la sorcellerie et de la croyance populaire : améthyste, sueurs d'animaux ou d'hommes moribonds, pétrole, animaux divers, toutes substances qui ne font que provoquer notre sourire aujourd'hui, mais qui témoignent de la volonté des hommes de tous temps de combattre l'alcoolisme.

Au début de ce siècle, commencèrent de nombreux essais malheureusement infructueux (sérum anti-éthylrique de Toulouse, 1894 ; essai du sérum physiologique, 1903 ; strychnine).

DENT préconisa l'apomorphine pour ses propriétés vomitives dès 1924, mais ce produit ne trouvera ses applications thérapeutiques que beaucoup plus tard (LEREBOULLET, 1948; FOUQUET, 1969), le but étant de provoquer le dégoût des boissons alcoolisées par des vomissements réitérés.

Un espoir naquit avec l'utilisation de l'émétine par VÖGTLIN et LEMERE, en 1936, aux Etats-Unis. Mais ce produit, quoique efficace dans une bonne proportion de cas, dut être abandonné du fait de ses effets secondaires notamment sur le système cardio-vasculaire.

En fait, deux grandes dates marquent dans le traitement de l'alcoolisme : 1938 et 1948.

Nous voyons que c'est tout récemment que s'est substituée aux traitements empiriques utili-

sés jusqu'alors une véritable thérapeutique rationnelle de l'alcoolisme.

1938, date à laquelle BRUEL et LECOQ, à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, découvrirent fortuitement les effets de l'alcool intra-veineux, guérissant pour la première fois un delirium tremens, l'alcool intra-veineux satisfaisant le besoin impérieux d'alcool.

L'éthylothérapie intra-veineuse était née et trouva ses applications un peu plus tard, tout d'abord en Argentine en 1943 (CARRATALA, BUZZO et collaborateurs).

L'alcool intra-veineux, commercialisé sous le nom de Curéthyl A (soluté d'alcool éthylique pur à 25° glucosé et hépatisé), est resté longtemps à la base du traitement de l'alcoolisme à la phase de sevrage. Il a maintenant perdu droit de cité, cédant le pas aux tranquillisants.

1948, date à laquelle, au Danemark, une publication de JACOBSEN, METERSEN, LARSEN et HALD nous fait connaître les effets d'un nouveau produit qui devait révolutionner la thérapeutique de l'alcoolisme : le Disulfirame. (Il semble que ce produit ait été proposé pour la première fois en 1937 par WILLIAMS, aux Etats-Unis).

Le Disulfirame devait être et est toujours le chef de file des produits à action dite antabuse, c'est-à-dire des produits entraînant des réactions désagréables lors de l'absorption simultanée de toute boisson alcoolisée, ces réactions antabuse - alcool étant à la base de la thérapeutique pour provoquer, chez le sujet soumis à ces épreuves, un véritable conditionnement.

La cure dite de conditionnement consiste donc à administrer un produit à action antabuse et à réaliser ce qu'il est convenu d'appeler les "épreuves",

c'est-à-dire à provoquer ces réactions désagréables en donnant au malade une boisson alcoolisée.

Les différents types de cures de conditionnement ne se différencieront que par :

- le produit à action antabuse utilisé, sa posologie,
- le nombre et la fréquence des épreuves,
- la durée de l'hospitalisation.

Depuis 1948, ont été découverts de nombreux produits à action antabuse :

- Rhododate de potassium (DAIRE).
- Charbon animal non purifié, préconisé par MOENCH en 1950.
- Cyanamide calcique (carbamide calcique) ; son succinate a été utilisé par FERGUSON, en 1953, et a été expérimenté longtemps à l'Hôpital de Rambouillet.
- Le Métronidazol.
- La Chlorpropamide.
- Le sulfate de magnésium, employé depuis assez longtemps au Canada, introduit en France depuis 1961.

Pratiquement, seuls sont utilisés dans le traitement de l'alcoolisme trois produits, exclusivement ou simultanément :

- l'alcool intra-veineux,
 - l'apomorphine,
 - le Disulfirame.
-

CLASSIFICATION DES ALCOOLIQUES

Tous les alcooliques ne présentent pas un alcoolisme identique. Aussi, la médecine "scientifique" a essayé de classifier les sujets alcooliques en différents "types" ou "catégories".

Les classifications les plus classiques sont celles de JELLINEK (U.S.A.), de PERRIN et de FOUQUET (France).

1)- JELLINEK nous propose une classification selon les degrés de vulnérabilité physiologiques et psychologiques du sujet mettant l'accent sur les traits les plus caractéristiques du comportement de l'individu. L'auteur distingue ainsi 5 types différents désignés par les 5 premières lettres de l'alphabet grec :

= l'alcoolisme alpha (13 % des sujets) : la dépendance à l'égard de l'alcool est psychologique; pas de dépendance physique, pas de perte de contrôle des quantités consommées.

= l'alcoolisme bêta (58 % des sujets) : alcoolisme par consommation quotidienne excessive sans dépendance ; c'est la classique "alcoolite d'entraînement" (habitude du pays ou du microgroupe), fréquemment rencontrée en France, conduisant aux alcoolopathies au bout de 10, 20 ou 30 ans d'intoxication.

= l'alcoolisme delta (11 % des sujets) : alcoolisme prédominant dans les pays viticoles, avec dépendance physique (perte de la faculté de s'abstenir) sans perte de contrôle (peu ou pas d'ivresse).

= l'alcoolisme gamma (18 % des sujets) : avec dépendance physique et perte de contrôle avec syndrome de sevrage à l'arrêt de l'intoxication.

= l'alcoolisme epsilon, enfin (rare en France) : alcoolisme "explosif" avec de longues périodes d'abstinence.

2)- PERRIN distingue :

- l'alcoolisme primaire ou initial :
 - . sans dépendance,
 - . ou avec dépendance (alcoolomanie).

- l'alcoolisme secondaire :

- . sans dépendance,
 - . avec dépendance.

- l'alcoolisme chronique (présentant des atteintes organiques).

- l'alcoolisme symptomatique, symptôme d'une autre maladie, de la schizophrénie, d'une psychose ou d'une névrose plus ou moins latente.

3)- FOUQUET nous offre une classification plus descriptive et distingue :

- les alcoolites (55 à 75 % des sujets selon les auteurs) : buveurs d'habitude, forme non névrotique de l'alcoolisme.

- les alcooloses (20 à 30 % des sujets) :
l'alcoolisme étant le symptôme d'une névrose (bu-
veurs psychiatriques).

- les somalcoooloses (1 à 15% des sujets),
correspondant à l'alcoolisme epsilon de JELLINEK
(alcoolisation paroxystique, dipsomanie).

Bien d'autres auteurs ont proposé des
classifications différentes (LEREBoullet, REYSS-
BRION, DITTMER, CIMBAL, POLISH). La diversité
même de ces méthodes de classification nous montre
qu'il est très difficile, sinon impossible, de
classer les sujets en un nombre réduit de catégo-
ries.

Plus nous avançons dans la connaissance de
l'alcoolisme, plus nous nous rendons compte que
les essais de classification ne reposent en fait
que sur des idées préconçues, ne faisant que mettre
le sujet alcoolique "à part" ; ces essais ne font
que nous masquer la réalité concrète de chaque bu-
veur qui doit être pris dans son individualité.

De plus, toutes ces classifications restent
forcément schématiques, se veulent trop psychiatri-
ques, sans grande incidence pratique.

En effet, à chaque "type" de buveur ne cor-
respondra pas une technique différente de cure.
La technique restera pratiquement identique pour
tous les malades. Nous devrons donc, devant un
sujet donné, garder l'esprit libre de tout schéma,
les nuances ne devenant essentielles que lors de
la prise en charge psychothérapique du malade dans
le temps post-hospitalier, c'est-à-dire pendant la
période qu'il est convenu d'appeler la "post-cure"
(terme mal approprié, nous le verrons), mais qui
en fait ne sera que le deuxième temps de la cure
elle-même.

DIFFERENTES TECHNIQUES DE DESINTOXICATION

Quelles que soient les modalités de la cure de désintoxication, celle-ci se déroule en trois périodes successives : le temps pré-hospitalier ou "pré-cure", le temps hospitalier ou cure de conditionnement, et le temps post-hospitalier ou "post-cure" où deux problèmes sont fondamentaux : la psychothérapie et l'entretien ultérieur du dégoût.

Durant la cure proprement dite, c'est-à-dire pendant le temps d'hospitalisation du malade, il faut bien distinguer deux phases successives au traitement : la phase de sevrage et la phase de dégoût ou de conditionnement.

La phase de sevrage est le premier stade indispensable pour la cure comme dans toute toxicomanie. Le malade présente en effet un état de besoin et le sevrage brusque de toute boisson alcoolisée lui fait courir un très gros risque de délirium tremens (syndrome de sevrage). Afin d'éviter ces conséquences d'un sevrage trop brutal, il y a grossièrement deux méthodes employées : l'éthylothérapie intra-veineuse à doses dégressives (Curéthyl) ou les drogues tranquillisantes (Méprobamate, Diazepam...). Cette phase dite de sevrage dure, selon les auteurs, de quelques jours à deux semaines.

La phase de dégoût ou de conditionnement, qui constitue la cure proprement dite, commence une fois le sevrage terminé. Les cures de dégoût ou de conditionnement sont basées sur l'établissement d'un

réflexe conditionné, c'est-à-dire l'association d'une sensation désagréable avec nausées et vomissements, au goût de la boisson alcoolisée.

Il faut bien distinguer les cures de dégoût à l'apomorphine et les cures de conditionnement au Disulfirame.

Dans les cures de dégoût, les produits sont utilisés pour leurs propriétés émétisantes. Dans ce but, on a employé l'émétine (Mais nous avons vu que son emploi a dû être abandonné du fait de ses effets secondaires). On emploie actuellement l'apomorphine en injections sous-cutanées, plusieurs fois par jour, d'où nausées et vomissements réitérés à la base du réflexe conditionné de dégoût ; l'apomorphine, du fait de ses actions secondaires, doit être utilisée en milieu hospitalier, mais ne se prête pas au traitement ambulatoire.

Dans les cures de conditionnement, les produits utilisés entraînent, lors de l'ingestion d'une boisson alcoolisée, des vomissements ou une sorte d'intoxication dont les effets désagréables sont associés pour le sujet à l'ingestion d'alcool. Durant la cure, on réalise intentionnellement cette association produit antabuse - alcool ; c'est ce que l'on appelle les "épreuves", le but étant de montrer au malade ce qui pourrait advenir chez lui s'il s'adonnait à nouveau à la boisson, de façon à créer un typique réflexe conditionné, ce qui l'aidera ultérieurement à repousser l'alcool. Le produit à action antabuse le plus utilisé reste le Disulfirame, généralement bien toléré et se donnant per os, donc facilement administrable au long cours pour l'entretien ultérieur du dégoût. De nombreux autres produits à action antabuse ont été préconisés (Flagyl, Diabinèse, rhodonate de potassium, etc.), mais d'action moins probante, et ne seront donc utilisés que lorsqu'il existe une contre-indication à l'emploi du Disulfirame.

Nous allons étudier successivement les différents produits utilisés dans les cures de désintoxication : l'alcool intra-veineux (Curethyl) employé à la phase de sevrage, l'apomorphine, puis les produits à action antabuse, c'est-à-dire provoquant des réactions désagréables lors de l'ingestion d'alcool ; nous porterons particulièrement notre étude sur le Disulfirame que nous employons dans notre Service dans la cure de conditionnement.

Nous verrons ensuite les modalités des cures de désintoxication, prenant deux exemples concrets : la technique utilisée à l'Hôpital du Kremlin-Bicêtre dans le Service du Professeur PLUVINAGE (Lereboullet), puis celle utilisée à l'Hôpital général de Compiègne, qui est directement inspirée de la technique employée par le Docteur HAAS, à l'Hôpital de Saint-Cloud.

Dans une dernière partie, nous détaillerons notre méthode personnelle, employée à l'Hôpital de Rambouillet, qui est une variante de ces techniques.

LES PRODUITS UTILISÉS DANS LES CURES DE DESINTOXICATION

a)- L'ETHYLOTHERAPIE INTRA-VEINEUSE :

LE CURETHYL et LA VITAMINOTHERAPIE.

L'alcool intra-veineux est uniquement utilisé à la période de sevrage avant la cure de dégoût ou de conditionnement proprement dite ; l'emploi de l'alcool intra-veineux a pour but d'obtenir la suppression du besoin impérieux de boire ; elle ne s'accompagne pas du dégoût des boissons alcoolisées. Elle est le résultat des travaux de LECOQ, BRUEL, CHAUCHARD et MAZOUÉ sur la correction humorale des éthyliques.

Comme nous l'avons vu, les effets bénéfiques de l'alcool intra-veineux furent découverts fortuitement à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye en 1938. LECOQ et BRUEL recherchèrent alors le mécanisme de la guérison et pensèrent que les manifestations de l'alcoolisme chronique étaient dues au déséquilibre alimentaire qu'engendre l'alcool et devaient être liées à un état acidosique. Précisément, les perturbations sanguines comportaient une diminution importante de la réserve alcaline, une chute de l'urémie et une hypercholestérolémie, perturbations qui disparaissaient à la suite d'injection d'alcool intra-veineux.

Ultérieurement, les auteurs ont additionné l'alcool intra-veineux d'extrait hépatique et pres-

crit simultanément une vitaminothérapie appropriée, afin de corriger les carences vitaminiques.

La vitamine B₁ (thiamine) fut longtemps la seule vitamine utilisée ; on lui doit d'incontestables résultats, mais aussi de fréquents échecs. Mais la vitamine B₁ n'est pas la seule active sur les troubles nerveux.

Actuellement, est préconisé un traitement associant un complexe vitaminique B comprenant :

Vitamine B₁, thiamine.

Vitamine B₂, riboflavine.

Vitamine B₃, nicotinamide ou vitamine PP.

Vitamine B₄, adénine.

Vitamine B₅, acide pantothénique.

D'autres vitamines peuvent également être utilisées et jouer un rôle complémentaire dans la désintoxication biologique des alcooliques ; tels sont l'acide ascorbique, la vitamine B₆ (pyridoxine), la choline, la méthionine, la vitamine B₁₂ (cobalamine).

L'éthylothérapie intra-veineuse a encore de nos jours de nombreux partisans, malgré l'apparition de nouvelles médications à action tranquillisante.

On emploie à cet effet de l'alcool à 25 % glucosé (50 o/oo), hépatisé (2 o/oo), commercialisé sous le nom de Curéthyl A. Nous verrons plus loin les modalités d'emploi du Curéthyl.

A noter que la cure de sevrage par l'alcool intra-veineux ne doit pas être poursuivie longtemps, car les injections finissent par entraîner une sclérose des veines, les injections devenant rapidement de plus en plus délicates.

Les techniques éthylothérapeutiques et vitaminiques seules sont sans intérêt.

Certains auteurs, dont nous sommes, préfèrent ne pas utiliser l'alcool intra-veineux, mais prévenir les accidents de sevrage, soit par les tranquillisants (méprobamate = Equanil), soit par les anxiolytiques : chlórdiazépoxide (Librium⁺), diazépam (Valium), oxazépam (Séresta⁺) ou encore associent éthylothérapie intra-veineuse et tranquillisants ou anxiolytiques.

b)- L'APOMORPHINE.

Vomitif d'action centrale, alcaloïde de la morphine découvert par MATHIESEN et WRIGHT, elle fut préconisée par FELDMANN et DE MORSIER, après DENT et divers auteurs.

Administrée en injections sous-cutanées à la posologie de 5 à 10 mg, l'apomorphine provoque nausées et vomissements. D'après les travaux de HESS, elle aurait une action directe sur les centres diencéphaliques dont la stimulation entraîne les vomissements. Outre son action vomitive, elle paraît modifier l'anxiété, les impulsions émotives et instinctives.

La cure de dégoût dure de 3 jours à une semaine selon les auteurs ; le malade reçoit 5 injections sous-cutanées de 2 ampoules à 5 mg dans la journée. Cinq minutes après l'injection, on donne à boire au sujet un verre de sa boisson préférée, ce qui entraîne les vomissements. Cette cure de dégoût ne peut se faire qu'en milieu hospitalier, sous surveillance médicale rigoureuse : pouls et tension tous les quarts d'heure (risque de collapsus cardio-vasculaire).

Cette cure est poursuivie jusqu'au moment où le sujet présente un réflexe de vomissement à la

simple vue de l'alcool, sans faire d'injection. Certains auteurs vont jusqu'à laisser les sujets dans leurs vomissements.

Au contraire, d'autres, dont DENT (Grande-Bretagne), RAINAUT (France), adoptent une technique plus souple et moins agressive grâce au chlorhydrate d'apomorphine en comprimés sublinguaux.

Parallèlement, l'apomorphine exerce une action sédatrice et tranquillisante que certains jugeraient plus efficace que l'action vomitive et le conditionnement.

Malheureusement, la méthode présente un inconvénient grave : sa spécificité à l'égard d'une seule boisson : il faut donc conditionner le malade à sa boisson favorite ou à plusieurs boissons successivement.

Les contre-indications de l'apomorphine, d'après HAAS, sont : les gastrectomies, les ulcères gastro-duodénaux, l'insuffisance coronarienne, l'hypertension artérielle.

c) - LE DISULFIRAME.

Substance découverte à Copenhague, le Disulfirame fut préconisé par E. JACOBSEN et son collaborateur J. HALD, dans le traitement de l'alcoolisme chronique.

En sensibilisant l'organisme à l'alcool, le Disulfirame détermine, après absorption de faibles quantités d'une boisson alcoolique quelconque, des réactions pénibles.

La cure de conditionnement consiste à provoquer intentionnellement, durant l'hospitalisation du sujet, ces disulfiram-éthanol-réactions, encore appelées chocs antabuse alcool, "chocs au vin" ou

plus communément "épreuves", de façon à obtenir une "aversion conditionnée" pour le vin et l'alcool sous toutes ses formes (Ici, pas de spécificité pour une seule boisson, comme avec l'apomorphine).

Après la communication de JACOBSEN et HALD, de nombreux auteurs danois ont publié, en Décembre 1948 et Avril 1949, les résultats encourageants qu'ils ont obtenus grâce au Disulfirame, commercialisé au Danemark sous le nom d'Antabuse (MATERSEN, LARSEN, GLUD).

Actuellement, les propriétés du Disulfirame ont été mondialement reconnues et il est commercialisé sous le nom :

- d'Antabuse au Danemark,
- d'Abstinyl en Scandinavie,
- de Teca et Aversan en Suisse,
- d'Espéral et de TTDB₃B₄ en France.

Pharmacologie

Le Disulfirame est le tétra-éthyl-thiourame disulfure. C'est un produit cristallin, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et les solvants organiques. Il est utilisé comme insecticide, fongicide et comme accélérateur de vulcanisation dans l'industrie du caoutchouc.

Les "épreuves" ou disulfirame-éthanol-réactions

Les épreuves sont entreprises 2 à 4 jours après la prise d'une dose quotidienne de 0,25 à 1 g de Disulfirame. Après 4 jours de traitement (durant lesquels, nous le verrons plus loin, est pratiqué le sevrage), on fait alors absorber au sujet un verre de sa boisson alcoolisée préférée.

10 à 30 minutes après, se produit un ensemble de réactions caractérisées par :

- des réactions vaso-motrices : vaso-dilatation des vaisseaux de la face, du cou et de la partie supérieure du thorax entraînant une rougeur cutanée de ces régions ;
- des réactions digestives : nausées et souvent même vomissements ;
- tachycardie importante avec parfois modifications de la T.A. (possibilité de collapsus cardio-vasculaire) ;
- troubles respiratoires : dyspnée, polypnée avec sensation angoissante de mort imminente ;
- troubles nerveux avec céphalées dans 1/3 des cas ;
- asthénie et somnolence après l'épreuve dans la presque totalité des cas.

Ces réactions durent plus ou moins longtemps : une demi-heure à une heure.

Le traitement consiste à faire répéter systématiquement ces réactions, afin de créer et de fixer un réflexe conditionnel qui détermine le dégoût ou l'indifférence à l'alcool.

Ces épreuves ne constituent pas une désintoxication en elles-mêmes ; leur intérêt se situe plus dans une prise de conscience par le malade du danger lié à l'absorption de boisson alcoolisée après celle du Disulfirame qu'en un véritable déconditionnement. Il est essentiel de prévenir le malade (qui continuera à prendre du Disulfirame en traitement ambulatoire après l'hospitalisation) que cette réaction antabuse-alcool se produira non seulement s'il ingère un verre de son alcool favori, mais aussi des doses minimales d'alcool comme un gâteau au rhum, une sauce au vin, du vinaigre, une friandise à la liqueur, par exemple.

Mode d'action du Disulfirame

Le mécanisme de la disulfiram-éthanol-réaction est très mal connu. Deux hypothèses sont le plus souvent avancées :

- Le Disulfirame inhiberait les enzymes à groupement thiol (α -cétoglutarate oxydase, pyruvate déshydrogénase, 3 phospho-glycéraldéhyde déshydrogénase, acétaldéhyde déshydrogénase) ; le Disulfirame bloquerait ainsi le métabolisme de l'alcool au niveau de l'aldéhyde. Inhibant l'oxydation de l'acétaldéhyde, celui-ci s'accumule et serait responsable de la disulfiram-éthanol-réaction (plus connue sous le nom d'effet antabuse).
- La réaction chimique entre le Disulfirame et l'alcool produirait un nouveau composé, peut-être un ammonium quaternaire, qui induirait les symptômes.

Métabolisme du Disulfirame

Le Disulfirame est rapidement absorbé par l'intestin. Il est métabolisé par le foie, le muscle et l'encéphale. Les métabolites sont :

- la diéthylamine,
- le sulfure de carbone,
- et surtout l'acide diéthylthiocarbamique éliminé par voie rénale.

La très grande solubilité du Disulfirame dans les graisses explique la lenteur de son action et sa persistance dans l'organisme 6 à 12 jours après son absorption.

Réactions secondaires et accidents

Il faut distinguer les réactions secondaires dues au Disulfirame, d'une part, à la disulfiram-éthanol-réaction, d'autre part.

= dues au Disulfirame :

Le Disulfirame seul est très peu toxique et les accidents sont exceptionnels si l'on a soin d'écarter les sujets présentant une contre-indication. Ont été décrits :

- le syndrome de surdosage de REYSS-BRION avec asthénie, céphalées, vertiges, somnolence, troubles de la mémoire, le plus souvent en rapport avec un surdosage imposant donc une réduction de la posologie qui voit rétrocéder les troubles observés.

- des atteintes névritiques : polynévrite des membres inférieurs, paralysie faciale.

- des complications neuro-psychiques à type de réactions confusionnelles cédant à l'arrêt du traitement.

- Il fait ici évoquer les troubles sexuels invoqués par les malades. En fait, l'alcool procure une passagère excitation sexuelle, parfois recherchée par l'alcoolique. Mais l'alcool perturbe en fait la sphère génitale (baisse habituelle des 17-cétostéroïdes), et l'expérience prouve que la cure entraîne momentanément une diminution, non de la libido, mais des possibilités ; mais cela n'est que passager et l'abstinence prolongée voit tout rentrer dans l'ordre dans les six mois.

De même, l'adynamie, l'asthénie psychique, souvent attribuée par les malades à la prise de Disulfirame, n'est en fait que le reflet de l'intoxication éthylique mise à nu.

= dues à la disulfiram-éthanol réaction :

Des accidents lors des épreuves de conditionnement ont été observées et plus particulièrement lors de fortes posologies de Disulfirame, lors d'une absorption massive d'alcool ou encore chez des sujets fragiles présentant une susceptibilité individuelle.

On a ainsi noté quelques cas de mort subite (AMADOR, GAZDAR), des hémorragies cérébro-méningées, des crises comitiales et surtout des états confuso-anxieux résolutifs dans les 48 heures suivant l'arrêt du traitement. Les accidents sont le plus souvent le fait de sujets prédisposés et pourront donc être prévenus par un examen clinique, psychique et biologique approfondi à la recherche d'une éventuelle contre-indication médicale à la cure.

Pour la majorité des auteurs, les contre-indications à respecter sont l'âge supérieur à 60 ans, une atteinte cardio-vasculaire (notamment angine de poitrine, hypertension artérielle), une affection gastro-duodénale (en particulier ulcère, la gastrite éthylique n'étant pas une contre-indication), les encéphalopathies éthyliques (la désintoxication n'ayant plus alors de sens), l'épilepsie ancienne ou récente, le diabète non équilibré, la grossesse. Ces contre-indications sont diversement appréciées selon les auteurs. Nous verrons que, dans notre Service, nous sommes beaucoup plus larges d'indications sans avoir à noter d'accidents.

Utilisation thérapeutique du Disulfirame

En 1949, E. GLUD, au Danemark, préconisait des doses de deux grammes le premier jour, puis des posologies dégressives. Des études utilisant des méthodes similaires ont montré de nombreux effets secondaires, des incidences psychiques, voire des cas mortels.

A la posologie de 0,25 à 0,50 gramme par jour, les effets secondaires sont beaucoup plus rares et disparaissent en deux semaines environ sans arrêter la thérapeutique. S'ils persistent, la posologie peut être réduite pendant 1 ou 2 semaines, puis être ensuite réaugmentée sans réapparition des effets secondaires. Les modalités du traitement par le Disulfirame seront envisagées plus loin.

d)- L'EMETINE.

Préconisée en 1936 aux Etats-Unis par VOEGTLIN et LEMERE pour ses propriétés émétisantes, l'Emétine (administrée per os et I.M. sous couverture amphétaminique) a été peu à peu abandonnée en raison de son action toxique sur le myocarde. En effet, au cours du traitement de l'amibiase, on rencontre parfois des myocardites émetiniennes dont certaines mortelles et des polynévrites. Or, la toxicité de l'émétine apparaît du fait de sa lente élimination dès que la dose injectée dépasse 1 cg de chlorhydrate par kg de poids de l'individu. Il n'est donc pas possible de maintenir, des semaines durant, l'éthylisme à ce traitement. On pouvait espérer que la déhydroémétine utilisée par voie buccale donnerait de meilleurs résultats. En fait, pour obtenir l'effet vomitif, des doses plus importantes que les doses thérapeutiques utilisées dans l'amibiase sont nécessaires ; de plus, l'effet vomitif n'est pas électif pour l'alcool. On comprend aisément que cette thérapeutique soit tombée dans l'oubli.

On pourrait en rapprocher les tentatives de vomissements par le sirop d'ipéca, préconisées jadis au cours de l'ivresse aiguë.

e)- LE CHARBON ANIMAL.

La propriété antabuse du charbon animal non purifié, connue depuis 1917 (MOENCH), a fait l'objet d'une étude à Nancy en 1959 par ROYER et VANET ; à la posologie de 9 grammes par jour, les "épreuves" charbon-alcool sont en tous points comparables à la disulfiram-éthanol-réaction. Son mécanisme d'action est mal connu ; peut-être son action est-elle due aux impuretés, en particulier au sulfure de carbone. Les expérimentations ont dû être abandonnées du fait de la présence dans les impuretés de 3-4 benzopyrène cancérigène.

f)- LE CARBAMIDE CALCIQUE (Cyanamide calcique).

Le citrate de carbamide calcique fut utilisé en 1953 par FERGUSSON ; ce produit, utilisé dans notre Service il y a une dizaine d'années, avait donné des résultats appréciables identiques à ceux obtenus avec le disulfirame. Une statistique ayant montré une mortalité de 17 sujets sur 11.000 malades traités fait limiter son emploi aux cas où le Disulfirame est contre-indiqué.

g)- LE RHODONATE DE POTASSIUM.

Les résultats n'ont pas été aussi probants que ceux escomptés. S'éliminant par la salive, le rhodonate de potassium semble agir par altération du goût des boissons alcoolisées.

h)- LE METRONIDAZOL.

Produit parasiticide commercialisé sous le nom de Flagyl, le métronidazol inhibe l'action de l'aldéhyde-déshydrogénase et est responsable d'une réaction identique, mais moins forte que la disulfiram-éthanol-réaction. LEREBoullet, ayant testé le produit en 1969, ne constate pas une efficacité certaine du produit. Le Flagyl agit également en altérant le goût des boissons alcoolisées et semble devoir être réservé lors d'une contre-indication au Disulfirame.

i)- LA CHLORPROPAMIDE.

Sulfamide hypoglycémiant commercialisé sous le nom de Diabinèse, la chlorpropamide possède des propriétés antabuse certaines, mais qui ne peuvent pas être exploitées à grande échelle du fait des accidents hypoglycémiques provoqués chez les

sujets normaux.

L'action de ce produit mérite cependant d'être connue ; ainsi un diabète chez un sujet éthylique sera de préférence traité par la chlorpropamide, venant ainsi renforcer l'action du Disulfirame.

j)- AUTRES SUBSTANCES ET AUTRES METHODES UTILISEES.

Des substances végétales ont été employées pour leur action antabuse ; ainsi, en Italie, les "cheveux de Vénus", le coprin noir.

A noter l'effet antabuse non utilisé en thérapeutique de produits industriels, comme la N.butylzadoxine, le trichloréthylène.

Enfin, de nombreuses méthodes particulières de cures de conditionnement ont été proposées, méthodes dont les résultats sont difficiles à apprécier : emploi de phénothiazines seules (en particulier de Lévomépromazine, Nozinan), emploi de strychnine, de sulfate de magnésium, essais d'emploi de LSD, de substances hallucinogènes, d'électrochocs aux Etats-Unis.

DEROULEMENT DE LA CURE DE DESINTOXICATION

La cure de désintoxication peut se dérouler en milieu hospitalier ou être réalisée au domicile du malade, en traitement ambulatoire. Nous verrons plus loin le problème des cures ambulatoires, mais disons tout de suite que la cure hospitalière est de loin préférable, car son acceptation est la preuve d'un effort réel du malade ; elle lui permet de prendre mieux conscience de son état et de la nécessité de se faire soigner. Elle a, d'autre part, des avantages médicaux incontestables permettant une surveillance plus stricte du sujet, en particulier à la période de sevrage où les accidents sont toujours à craindre et à la période de cure proprement dite, les "épreuves" de dégoût à l'apomorphine ou au Disulfirame ne pouvant se réaliser que sous stricte surveillance médicale.

La pré-cure est une période essentielle, au cours de laquelle le malade accepte la cure de désintoxication, essentielle, car l'analyse des résultats a montré que la cure avait d'autant plus de chances d'être suivie d'effets durables qu'elle était précédée d'une période de préparation.

Cette période pose le vaste problème du dépistage de l'alcoolisme sur lequel nous n'insisterons pas. Le but est la reconnaissance par le malade de son intoxication. Il sera ensuite nécessaire d'obtenir de celui-ci l'acceptation de se faire soigner. Pour arriver à ce résultat, chaque cas nécessitera un abord particulier du sujet en fonction de sa per-

sonnalité, de son milieu familial et social, du stade de l'évolution de la maladie, du médiateur de la demande de soins, le sujet alcoolique consultant rarement de lui-même, mais étant le plus souvent adressé par son conjoint, un membre de la famille, une assistante sociale, l'employeur, le médecin traitant, des voisins, voire par les tribunaux après délit.

Il nous faut ici insister sur la nécessité de la précocité de la cure. Il est impensable d'espérer guérir, c'est-à-dire reclasser socialement l'encéphalopathe ou le cirrhotique ; ce sera déjà beaucoup de les maintenir vivants. Mais plus les lésions organiques sont discrètes, plus la récupération est possible. D'où la précocité nécessaire du diagnostic ; d'où l'intérêt pour le médecin de s'attarder à reconnaître un gros foie débutant, un tremblement discret qui orientent son interrogatoire vers l'aveu de l'éthylisme.

La cure de désintoxication débute par une période de sevrage.

Cette phase de sevrage s'impose dans toute toxicomanie. Comme nous l'avons vu, le malade est sevré de toute boisson alcoolisée dès le début de son hospitalisation et, du fait de sa dépendance vis-à-vis de l'alcool, il est particulièrement exposé aux risques de sevrage, en particulier au delirium tremens. Le sevrage doit être dédramatisé ; cela sera d'autant plus facile que le malade aura souhaité sa cure. Cette période de sevrage est capitale, tant au point de vue médical, permettant l'arrêt de l'imprégnation éthylique et le retour à un équilibre enzymatique qu'au point de vue psychologique. En effet, le malade se trouve dans un milieu différent du sien où d'autres idées ont cours ; il est pris en charge par les malades plus anciens, pouvant entrevoir une nouvelle façon de vivre.

A la phase de sevrage, nous avons vu que deux

procédés peuvent être utilisés dans la prévention des accidents : l'alcool intra-veineux ou les tranquillisants.

La cure proprement dite a pour but l'établissement d'un réflexe conditionné. Bien que les traitements comportent toujours l'administration d'un médicament, le mécanisme de leur action est essentiellement psychique et basé sur les travaux du grand physiologiste russe PAVLOV. Il s'agit de l'effet curatif d'un réflexe conditionnel associatif.

Nous avons vu que le principe des cures de dégoût et de conditionnement était de créer un réflexe conditionné pour toute boisson alcoolisée et principalement pour la boisson favorite du malade : soit par l'apomorphine provoquant nausées et vomissements, soit par le Disulfirame réalisant une "épreuve" lors de l'absorption d'alcool.

1^{er} exemple : Technique utilisée à l'Hôpital du Kremlin-Bicêtre.

L'hospitalisation dure de 18 à 20 jours. Le premier temps de sevrage dure 5 jours et est réalisé progressivement par l'emploi de l'alcool intra-veineux sous forme de Curéthyl : 50 cm³ le premier jour, puis posologie dégressive de 10 cm³ chaque jour, d'où un sevrage total au 6ème jour.

La cure de dégoût lui fait suite ; elle dure 3 jours, à raison de 3 injections par jour d'apomorphine, soit 9 séances en tout. Ensuite, intervient la cure de conditionnement par le Disulfirame à la posologie de 1/2 comprimé d'Espéral en traitement prolongé après la sortie du malade.

2^{ème} exemple : Technique utilisée à l'Hôpital de Compiègne.

Pendant 1 à 3 jours, période de sevrage grâce à l'emploi des tranquillisants.

Pendant 4 jours, cure de dégoût : le matin, 3 injections d'Apomorphine à 1 heure d'intervalle, suivies 2 minutes plus tard de l'ingestion de la boisson alcoolisée habituelle du malade rejetée aussitôt par les vomissements.

Les 4 jours suivants, imprégnation à l'Espéral (2 comprimés 2 jours, puis 1 comprimé 2 jours), avec le 4ème jour une "épreuve" à l'alcool pour préciser au malade la dose d'Espéral à prendre par la suite.

Le temps post-hospitalier ou "post-cure" est une période essentielle, formant le véritable temps thérapeutique ; la cure elle-même ne saurait être une fin en soi et ne représente que le starter d'une thérapeutique de longue durée.

C'est la période communément désignée sous le terme de "post-cure". Nous préférons à ce terme de post-cure, qui pouvait faire croire au malade que la cure hospitalière constitue l'essentiel du traitement, le terme de temps post-hospitalier qui n'est que le prolongement de la "cure" hospitalière proprement dite.

En effet, le problème reste encore entier à la sortie du malade, l'hôpital constituant bien souvent une structure facile où l'on peut s'adapter sans grand problème, où les difficultés perdent de leur intensité et où il est plus facile de vivre qu'à l'extérieur. Mais c'est une vie de régression désadaptante et il convient donc de faciliter la réinsertion des malades traités grâce à une assistance psycho-médico-sociale de longue durée, assistance concrétisée par des consultations régulières permettant une psychothérapie individuelle indispensable.

Ce temps post-hospitalier, succédant donc au sevrage et à la désintoxication, correspond à l'apprentissage de l'abstinence dans la vie quotidienne, familiale et professionnelle.

Son but est de prendre en charge toute la personne dans son milieu propre, l'intoxication oenologique n'étant qu'un symptôme.

= La psychothérapie.

La psychothérapie constitue un élément essentiel du temps post-hospitalier. Elle s'impose dès les premiers moments et à tous les instants, car il doit exister dès le premier contact un climat de confiance dont peut dépendre tout le résultat. Ce climat de confiance est réalisé par le personnel médical, social et infirmier, et aussi par les associations d'anciens buveurs guéris et d'abstinents volontaires.

Cette relation psychothérapique qu'on s'efforce de nouer avec le buveur et avec son entourage constitue l'axe du traitement.

Les psychothérapies peuvent aller du simple empirisme aux méthodes systématisées, à base psychanalytique ou non.

Le but doit être :

- de faire prendre conscience au malade de la morbidité de sa conduite, sans néanmoins le culpabiliser exagérément ;
- de l'aider dans ses tentatives d'abstinence, en sachant les difficultés et les aléas ;
- d'étudier avec lui ses motivations les plus accessibles ;
- de s'efforcer d'améliorer les circonstances extérieures favorisant, au besoin en se faisant

secondar par les services sociaux.

Une psychothérapie fondée sur la "neutralité" du thérapeute, comme la psychanalyse classique, ou sur sa "non-directivité", est très difficile à mener et rencontre souvent des écueils insurmontables.

En fait, la plupart des buveurs parviennent à guérir sans une psychothérapie individuelle en règle, mais grâce à ce que l'on a appelé une "psychothérapie de soutien", ce qui ne signifie pas "encourager" ou "soutenir" le moral du malade, mais donner au malade ce qu'il recherche : quelqu'un (qui peut être l'assistante sociale, le médecin) qui pour lui représente une image d'aide et de soutien, quelqu'un sur lequel il puisse s'appuyer à l'occasion et qui soit toujours là dans le cas où il aurait besoin d'une aide.

Le psychothérapeute sera celui vers lequel on ne craindra pas d'aller lorsqu'on aura "rechuté".

D'autre part, si l'on ne peut entreprendre une véritable psychothérapie du milieu familial, pourtant souhaitable, il est du moins indispensable d'expliquer sommairement aux proches les risques de rechutes, l'attitude à adopter vis-à-vis du malade pendant sa cure et à sa sortie.

Quoi qu'il en soit, ce rôle de l'encadrement psychothérapique est primordial, quoique parfois difficile à codifier.

= Les mouvements d'anciens buveurs.

Parallèlement à cette psychothérapie individuelle, l'ancien buveur a la possibilité de bénéficier d'une psychothérapie de groupe organisée par d'anciens malades stabilisés réunis en des groupements très actifs, véritables institutions qui, tout en poursuivant des buts similaires, sont

suffisamment diversifiées pour atteindre différentes catégories de malades.

Il paraît souhaitable de signaler au malade le mouvement qui paraît le mieux convenir à son cas particulier. En effet, ces mouvements d'anciens buveurs guéris sont nombreux et de toutes confessions.

- Alcooliques anonymes
- Vie libre
- Croix bleue (inspiration protestante)
- Croix d'or (inspiration catholique)
- Amis de la Santé
- Croix marine
- Amitié PTT
- Santé de la Famille SNCF, etc.

Le fait de se trouver dans un tel groupe permet au malade de sortir progressivement de son isolement ; au sein du groupe, l'individu confronte son histoire, son expérience ; il s'aperçoit, au travers des témoignages qu'il recueille, qu'il peut reconquérir un avenir qui ne lui appartenait plus.

Le sujet trouve ainsi un moyen de communiquer, échappant à la solitude où l'alcool l'avait enfermé, retrouve un sentiment de fierté et de sécurité dans l'appartenance à un groupe, une identité, un statut social qu'il avait parfois abandonnés.

Parfois même, le malade découvrira qu'il peut lui-même en aider d'autres : cette participation à la fonction soignante est capitale, car elle arrache le buveur à la passivité et à la dépendance qui bien souvent font partie intégrante du problème de l'intempérance.

Deux écueils méritent cependant d'être signalés :

- d'une part, la tentation à laquelle se trouvent exposés ces groupements de verser dans le style patronage ou société de bienfaisance ;
- d'autre part, la possibilité que l'ardeur militante de certains anciens buveurs ne tourne à l'intolérance plus ou moins avouée envers les buveurs, l'attitude de ces Saint-Bernard de l'alcool étant alors peu efficace pour les sujets désintoxiqués, voire même dangereuse.

Quoi qu'il en soit, il serait souhaitable qu'une place plus grande soit réservée à l'hôpital à ces groupements d'anciens buveurs ou d'abstinents volontaires qui devraient travailler en liaison avec l'équipe médicale ; en effet, leurs militants ont un rôle décisif et irremplaçable à jouer dans la lutte anti-alcoolique, étant directement au contact de la population, côtoyant les buveurs dans leur travail, dans leurs syndicats, dans leur immeuble, dans toutes les occasions de la vie sociale.

METHODE PERSONNELLE UTILISEE

LE SERVICE

Le Service de Médecine de l'Hôpital de Rambouillet (Yvelines), dirigé par le Professeur MOLINIER, est le seul Service du département des Yvelines à réaliser des cures de désintoxication éthylique. C'est dire déjà l'insuffisance des possibilités d'hébergement et de soins pour cette catégorie de malades que sont les buveurs.

Le Service de Médecine comporte une capacité d'hébergement de 80 lits, auxquels il faut ajouter 33 lits dits de chroniques servant à recevoir des convalescents en attente de départ et des malades soumis à des traitements de longue durée ; à l'intérieur du Service, quinze lits sont en permanence réservés à la pratique des cures de désintoxication alcoolique.

Le nombre de cures de désintoxication effectuées dans notre Service, variable selon les années, se monte par exemple à :

100 cures en 1969,
123 cures en 1970,
121 cures en 1971,
142 cures en 1972,
150 cures en 1973.

Trois chambres de 4 lits ont été affectées à la réalisation des cures dans le Service de Médecine générale hommes (plus 8 lits dans le Service

de convalescents), mais il n'existe aucune ségrégation entre buveurs et autres malades de Médecine générale, pour ne pas culpabiliser les alcooliques.

Ce regroupement relatif des buveurs dans 3 chambres à 4 lits nous paraît utile quant à la psychothérapie quotidienne exercée par les buveurs les uns sur les autres ; mais leur intégration dans le Service de Médecine générale lui-même nous paraît tout aussi essentielle, car, pris en charge par la même équipe médicale et infirmière, le buveur ne sera pas considéré comme "à part", mais bien comme un malade comme les autres.

RECRUTEMENT DES MALADES ; ACCEPTATION DE LA CURE.

Exceptionnellement, le malade vient de lui-même ; ce sont en règle générale les cas dont le pronostic est le plus favorable. Le plus souvent, les malades sont plus consentants que volontaires, étant amenés à la réalisation de la cure de désintoxication par l'intermédiaire de sa famille (surtout sa femme et ses enfants), d'une assistante sociale, du médecin traitant, de son employeur, d'une association d'anciens buveurs, de voisins. Plus rarement, les malades nous sont adressés après signalement législatif par les commissions des alcooliques dangereux. Notons que ces cas sont de plus sombre pronostic, le côté répressif de ces organismes ayant accru l'hostilité du malade à l'encontre de toute institution de soins, compliquant ainsi la tâche de l'équipe médicale.

Il est bien évidemment exclu de réaliser une cure de désintoxication à l'insu du malade.

= La reconnaissance de son intoxication et le désir de coopérer de la part du malade sont

les deux éléments indispensables à la réalisation et au succès de la cure.

L'acceptation de la cure est la preuve d'un effort réel du malade, gage de bon pronostic. Comme nous l'avons vu, la demande de soins est le plus souvent médiatisée, ne venant pas du malade lui-même mais de son entourage, et il est parfois difficile d'amener le malade alcoolique à se faire soigner, ce qui demande un long effort de persuasion. Chaque cas nécessitera un abord particulier en fonction de la personnalité du malade, de son milieu social et familial, du stade de l'évolution, du mode de signalement.

Beaucoup de demandes de cure de désintoxication ne sont que la transmission du désir de l'entourage et notamment du conjoint. Quelles que soient les pressions diverses de l'entourage, il faudra savoir attendre que la situation mûrisse et que la demande de soins vienne du malade lui-même.

D'autre part, le séjour hospitalier est parfois redouté par le malade, la cure étant perçue par lui comme répressive et punitive. Pour amener celui-ci à accepter le traitement, il sera parfois nécessaire de substituer des volontés à celle qui manque au malade, tout en la rendant conscient, responsable et coopérant.

LE TEMPS HOSPITALIER : LA CURE.

Le temps hospitalier nous semble devoir être bref, entre 2 et 4 semaines, sachant par expérience qu'une cure de désintoxication d'une durée inférieure à une semaine est d'avance vouée à l'échec.

Une durée de cure de 3 semaines nous paraît optimale, permettant :

- une coupure momentanée et souvent bénéfique des relations pathologiques avec le milieu, favorisant la réflexion du sujet sur son état ;
- d'écourter la rupture avec le milieu familial ;
- de pouvoir conserver au malade son emploi et ainsi d'éviter un reclassement souvent difficile ;
- de ne pas poser de problèmes financiers importants ;
- de consolider le réflexe conditionné pendant une période suffisante.

Notre méthode personnelle comporte la succession :

- d'une période de sevrage durant 3 à 5 jours ;
- de la création d'un réflexe conditionné par le Disulfirame essentiellement, associé parfois - mais non systématiquement - à l'apomorphine ; c'est la première des caractéristiques de notre méthode par rapport aux méthodes classiques ;
- de l'entretien ultérieur de l'abstinence en ambulatoire par le Disulfirame après la sortie du malade.

Toutefois, chacune de ces étapes présente des particularités qui lui sont propres.

= Le sevrage.

Dès son arrivée dans le Service, le malade est sevré brutalement de toute boisson alcoolisée ; ce sevrage brutal risque évidemment de déclencher un delirium tremens. Mais on peut remédier à ce risque ; dans cette prophylaxie des accidents, nous

avons rejeté depuis longtemps l'emploi de l'éthylothérapie intra-veineuse, estimant qu'il s'agissait là d'un non-sens consistant à prolonger l'administration d'un toxique. Nous utilisons à cet effet le Méprobamate (Equanil, comprimés à 400 mg), soit le plus souvent par os à la posologie de 3 à 6 comprimés par jour en fonction du comportement et du degré de trémulance du malade, soit plus rarement par voie parentérale quand la clinique le justifie. Il est à noter que l'emploi du méprobamate seul nous donne entière satisfaction.

Ces derniers temps, nous avons remplacé, avec un égal bénéfice, le méprobamate par la cyamépromazine (neuroleptique spécialisé par Théraplix) en solution. Des doses relativement très faibles nous ont suffi pour éviter tout passage au D.T., la solution ayant cet avantage de permettre de moduler la posologie en fonction de l'agitation, de l'angoisse ou du tremblement. Mais il est certain que d'autres produits peuvent être utilisés dans la longue liste des neuroleptiques que nous offre la pharmacopée.

Cette période de sevrage est l'objet d'investigations cliniques et paracliniques pour préciser les troubles secondaires ou liés à l'intoxication éthylique, tant au point de vue somatique que psychique, cela pour déceler une éventuelle contre-indication à la cure de désintoxication, mais aussi pour préciser la thérapeutique annexe nécessaire et orienter l'action sociale et la psychothérapie ultérieures. On ne consacrera jamais assez de temps à ce premier examen, permettant de médicaliser en un premier temps le problème, mais aussi d'établir entre le malade et l'équipe médicale un contact humain direct, élément essentiel d'une action psychothérapique capitale pour le succès de la cure.

On apprécie bien évidemment l'état physique et psychique du malade, mais on étudie aussi le milieu dans lequel il évolue, notamment son milieu familial, ses antécédents, ses habitudes alcooliques (début de l'alcoolisation, quantités ingérées,

causes avouées, essais antérieurs de désintoxication).

Une observation clinique complète, prise dès l'entrée dans le Service, s'attache particulièrement à la recherche de manifestations secondaires de l'éthylisme :

- Etat général, asthénie, amaigrissement.
- Subictère.
- Varicosités des pommettes, angiomes stellaires.
- Examen cardio-vasculaire et pulmonaire.
- Appareil digestif : pituites matinales,
épigastralgies rythmées ou
non.
- Abdomen : hépato-splénomégalie,
lambe d'ascite, ascite,
circulation collatérale.
- Examen neurologique :
 - Tremblement des extrémités, bucco-labial ;
dysarthrie.
 - Réflexes ostéo-tendineux, en particulier
rotuliens et achilléens.
 - Crampes nocturnes.
 - Troubles de l'équilibre et de la coordina-
tion.
 - Dyschromatopsie, troubles du champ visuel
(névrite optique rétro-bulbaire).
- Psychisme :
 - Troubles du caractère et de l'humeur.
 - Perturbations de l'affectivité et du sens
moral,
 - Anxiété.
 - Lentéur d'idéation.
 - Turbulence nocturne, cauchemars, zoopsies.
 - Amnésie, fausses reconnaissances.

Le bilan biologique est réalisé le lendemain matin de l'arrivée du malade. La période dite de sevrage durant 3 à 5 jours, ce délai nous permet d'obtenir ainsi les résultats de ce bilan et de juger du stade évolutif de la maladie.

Le bilan biologique usuel comporte :

- Numération-formule sanguine, V.S..
- Urée, glycémie.
- Taux de prothrombine.
- Bilan hépatique :
 - Cholestérol total et estérifié,
 - Bilirubine libre et conjuguée,
 - Rétention de la BSP,
 - Protides totaux, albumine,
 - Rapport albumine/globulines,
 - Mac Lagan,
 - Transaminases (SGOT, SGPT).
- Une ponction-biopsie hépatique, jugeant au mieux du stade évolutif de la maladie, est réalisée si le taux de prothrombine du sujet le permet ; nous considérons nécessaire un taux supérieur à 50 % au besoin après administration de vitamine K.

Dès les premiers jours de l'hospitalisation, nous essayons de formuler un pronostic. Il est basé :

- sur l'ancienneté de l'intoxication ;
- sur les modalités selon lesquelles le malade est venu se faire désintoxiquer ;
- sur le psychisme de l'individu, plus encore que sur son quotient intellectuel, qui intervient cependant, ou que sa culture ;
- sur les lésions constatées (intérêt du bilan bio-

logique et anatomo-pathologique) ;

- sur le comportement pendant la cure ;
- sur la coopération de l'entourage, du milieu de travail.

= Contre-indications à la cure.

Nous avons vu, en étudiant les réactions secondaires et les accidents dus au Disulfirame, les contre-indications généralement retenues.

Dans le Service, nos indications sont plus larges et nous prenons en considération seulement les contre-indications suivantes :

- L'âge, supérieur à 50 ans ; mais nous étendons parfois l'indication de la cure aux sujets de moins de 60 ans, sous couvert d'un ECG normal et de l'absence d'HTA.,
- Les cirrhoses et les cardiopathies décompensées.
- La grossesse.
- Les sujets ayant présenté des crises comitiales récentes graves avec état de mal.

Le rôle de l'alcool dans la genèse de l'épilepsie n'est plus à démontrer, mais il faut distinguer :

- l'alcoolisme des comitiaux, malades chez lesquels l'alcool vient soit augmenter la fréquence des crises, soit révéler la comitialité dont l'authenticité ne fait aucun doute, comme le montrent les tracés électro-encéphalographiques.
- l'épilepsie alcoolique proprement dite, où les EEG ne montrent pas de signes de comitialité.

Il paraît s'agir d'une épilepsie fonctionnelle, due à l'abaissement du seuil épileptogène (lui-même dû à un trouble métabolique, à une carence vitaminique, aux lésions mêmes de l'encéphalopathie alcoolique ?).

Il faut en rapprocher les non exceptionnelles crises comitiales lors de la période de sevrage.

L'épilepsie est considérée comme une contre-indication classique au Disulfirame, du fait de l'acidose ainsi créée favorisant l'apparition des crises. Nous n'avons pas cru devoir retenir cette contre-indication, car ces malades, après la cure de désintoxication, outre la guérison de l'alcoolisme, voient leur comitialité sensiblement améliorée, voire même définitivement guérie, ce qu'attestent les EEG de contrôle. La guérison est l'éventualité la plus fréquente dans les épilepsies alcooliques proprement dites.

Dans une telle indication, les cures ont pu se dérouler sans incidents et sans risques sous couvert d'un traitement anti-comitial maintenu pendant toute la durée de la cure. Exceptionnellement, la prescription de Disulfirame a dû être interrompue en raison de la répétition des crises.

= Modalités de la cure proprement dite.

La cure débute donc après sevrage, bilan clinique et biologique.

Nous utilisons dans le Service le Disulfirame, commercialisé sous le nom d'Espéral, comprimés dosés à 0,50 g de Disulfirame.

Durant toute l'hospitalisation (et après sa sortie), le malade prend quotidiennement le Disulfirame à la posologie de 0,50 g, soit 1 comprimé

d'Espéral en une prise unique à midi.

Pendant une première période de 3 à 4 jours, le Disulfirame est pris seul (les tranquillisants étant évidemment poursuivis si la clinique le nécessite), les épreuves Disulfirame-alcool ne débutant qu'après ce délai de quelques jours permettant l'imprégnation du sujet par le produit.

Nous réalisons au cours de l'hospitalisation 5 "épreuves" Espéral-alcool à raison de 1 épreuve tous les 2 jours, les épreuves ayant lieu au milieu de la matinée les lundis, mercredis et vendredis. Cette période dure donc environ dix jours ; cela porte la durée totale d'hospitalisation à une vingtaine de jours : 4 jours pour la phase de sevrage, 4 jours de Disulfirame sans épreuve, 10 jours pour les 5 épreuves, le malade sortant le lendemain de la dernière épreuve.

Première épreuve : La première épreuve est réalisée au milieu de la matinée et, comme nous l'avons vu, après 3 à 4 jours de traitement par le Disulfirame. Le malade est donc à ce moment sous l'effet du comprimé d'Espéral pris la veille à midi. On donne à ingérer au sujet un verre de sa boisson favorite, soit vin rouge, vin blanc, bière ou whisky selon le cas. 10 à 30 minutes après la prise de la boisson alcoolisée, se produit la classique réaction Disulfirame-alcool vue plus haut. Dans la majorité des cas, la réaction va jusqu'à des vomissements spontanés, élément important à noter, car de la présence ou non de vomissements lors de la première épreuve va dépendre la conduite ultérieure de la cure.

Epreuves suivantes : La deuxième épreuve a lieu 48 heures après la première. Deux cas peuvent se présenter :

- Si le malade a vomi spontanément lors de la première épreuve, la seconde épreuve et les suivantes se dérouleront de la même manière.

- Si le malade n'a pas vomi spontanément lors de la première épreuve, ce qui arrive dans près de la moitié des cas, le Disulfirame est, bien entendu, continué à la même posologie, mais le malade reçoit 5 minutes avant la prise de la boisson alcoolisée des 4 dernières épreuves une injection sous-cutanée de 2,5 mg d'apomorphine (1/2 ampoule d'apomorphine + 1 ampoule de Solucamphre).

= Particularités de notre méthode ; son intérêt.

Notre méthode se caractérise ainsi par plusieurs particularités :

- Suppression de l'emploi de l'éthylothérapie intraveineuse à la période de sevrage.
- La prophylaxie des accidents à cette phase du traitement se faisant par l'emploi de méprobamate injectable ou per os, selon le tableau clinique.
- Administration de Disulfirame avant toute mise en oeuvre des épreuves de désintoxication.
- Suppression de la cure de dégoût par l'apomorphine, cette dernière n'étant employée que lors des 4 dernières épreuves, si la première épreuve n'a pas donné lieu à un vomissement.

La brutalité des épreuves classiques à l'apomorphine nous a paru être un facteur défavorable, certains malades n'osant plus aborder la cure de crainte de ces épreuves, d'autres préférant sombrer définitivement dans l'intempérance en cas de rechute, plutôt que de vivre à nouveau cette expérience de cure leur ayant laissé un souvenir des plus pénibles.

- Création de 5 "épreuves" en tout, une un jour sur deux ; ainsi nous ne cherchons pas à créer le réflexe conditionnel qui serait idéal, mais

pratiquement exceptionnel à réaliser avec toutes les méthodes. En réalité, l'intérêt de ces épreuves se situe plus dans une prise de conscience du danger lié à l'absorption de boisson alcoolisée qu'en un véritable conditionnement.

Notre méthode a donc comme avantages d'être rapide, nécessitant moins de trois semaines d'hospitalisation, de n'être ni pénible ni dangereuse, ainsi d'être bien acceptée.

= Entretien ultérieur de l'abstinence.

Certains auteurs ne considèrent le Disulfirame que comme une aide possible, une béquille, et pensent qu'il vaut mieux ne pas en donner si cela apparaît au malade comme une contrainte imposée de l'extérieur. Nous sommes, pour notre part, resté fidèle à l'emploi du Disulfirame dans l'entretien ultérieur de l'abstinence, à la posologie de 1 comprimé (0,50 g) d'Espéral en une prise quotidienne, considérant que :

- Il offre au buveur une aide efficace dans la lutte qu'il entreprend contre la tentation ; la prise régulière du médicament indique déjà le désir du malade de vouloir guérir.
- Il permet au buveur de prendre lui-même en main son traitement, de faire quelque chose par lui-même en vue de sa guérison ; on expliquera au malade les propriétés et les limites du Disulfirame, sans essayer de le suggestionner en lui présentant ce médicament comme plus efficace qu'il n'est en réalité.
- Il représente un lien entre le patient et le médecin prescripteur. Le médecin reste un peu présent auprès du patient, à travers le comprimé qu'il prend chaque matin.

= Les implants.

Ce procédé consiste à implanter dans l'espace sous-cutané de la fosse iliaque gauche une dizaine de comprimés stériles dosés à 0,10 g de Disulfirame dont l'effet se prolonge ainsi plusieurs semaines ou plusieurs mois. Cette méthode évite la nécessité de la prise quotidienne des comprimés. C'est incontestablement un pis-aller que nous réservons à une catégorie de malades considérés comme de mauvais pronostic sur le plan psychologique, chez lesquels nous savons d'emblée qu'ils ne prendront pas régulièrement les comprimés de Disulfirame.

Les indications de cette thérapeutique par implants de Disulfirame doivent être discutées avec les patients eux-mêmes, mais nous semblent de plus en plus limitées pour différentes raisons :

- Non participation du patient à son traitement.
- Action très inégale des implants selon les sujets, la résorption du produit étant très inégale dans le temps.
- Possibilité d'enkystement et donc d'efficacité des implants.
- Risques non négligeables et difficiles à enrayer en cas de rechute du malade dans l'intempérance, ceci dans une population de sujets justement la plus exposée aux rechutes.

Nous réalisons une vingtaine d'implants par an dans le Service, mais ce chiffre annuel est en constante régression.

= Les cures ambulatoires.

La solution de la cure réalisée en ambulatoire permet de vaincre la résistance de certains

malades qui redoutent l'hospitalisation ; elle est réalisable si l'on obtient la coopération du malade et de son entourage familial et permet d'étendre les indications d'une cure de désintoxication chez des sujets dont l'arrêt de l'activité professionnelle présenterait de réels inconvénients.

Elle présente un avantage indiscutable sur le plan économique, étant de coût environ 6 fois moins élevé qu'une cure hospitalière (travail du Docteur RICHON, psychiatre, et Y. DUCLUT, assistante sociale du secteur). Ainsi, en 1973, 23 cures ont pu être réalisées en ambulatoire dans notre secteur. Cette méthode ne peut pas être généralisée, car elle ne permet pas une surveillance très stricte du sevrage et supprime la possibilité de réaliser des "épreuves" Disulfirame-alcool et la prescription d'apomorphine. Nous réservons donc l'indication d'une cure ambulatoire à des cas très particuliers, en précisant que celle-ci sera interrompue pour hospitaliser le malade au moindre incident et à la moindre prescription non suivie.

LE TEMPS POST-HOSPITALIER : LA "POST-CURE"

Nous avons vu l'importance capitale de cette période qui n'est en fait que la continuité de la cure hospitalière proprement dite, et dont le but est d'amener le malade à devenir capable de se prendre en charge lui-même.

Nos malades, après leur sortie, sont suivis par le Dispensaire de secteur. Nous leur prescrivons à la sortie la prise d'un comprimé d'Espéral quotidien (0,50 g de Disulfirame), ce traitement devant être, à notre sens, continué pendant au moins un an, un an et demi en moyenne. Malheureusement, tous nos malades traités ne peuvent pas être suivis régulièrement par le dispensaire de secteur :

- pour des raisons géographiques, bon nombre d'entre eux n'ayant pas leur domicile dans notre secteur, ils seront suivis par d'autres organismes de surveillance, ce qui explique la proportion importante de sujets perdus de vue et rend l'appréciation ultérieure des résultats très difficile.

- pour des raisons déontologiques, un certain nombre de patients seront suivis par leur médecin traitant ; l'expérience nous a montré que c'est dans ce groupe que nous pouvons obtenir les meilleurs résultats.

Le Dispensaire de secteur est situé en face de l' Hôpital, rue Pasteur. Le secteur est composé des quatre cantons de Rambouillet, Montfort l'Amaury, Houdan et Saint-Arnoult en Yvelines (regroupant une population de 70.000 personnes). Les malades suivis au dispensaire sont convoqués tous les mois la première année ; l'absentéisme à une consultation implique une visite au domicile du malade.

L'équipe médico-sociale du dispensaire se compose d'un psychiatre vacataire, mais toujours disponible en cas d'urgence, d'une assistante sociale spécialisée dans la lutte anti-alcoolique, d'une élève assistante sociale à temps partiel, d'une secrétaire à mi-temps. Une statistique réalisée de Juin 1972 à Juin 1973 rend compte de l'activité importante de cette équipe :

- Nombre de visites à domicile effectuées par le médecin : 90 ; par l'assistante sociale: 210.
- Malades adressés dans notre Service pour cure hospitalière : 50.
- Malades adressés dans notre Service pour bilan: : 67.
- Nombre de cures de désintoxication ambulatoires : 23.
- Rechutes traitées en ambulatoire : 15.

- Placements volontaires (loi du 30-6-1838) : 16.
- Placements d'office : 4.

LES RECHUTES

Au terme de guérison, nous préférons pour les anciens buveurs celui de stabilisation. Un alcoolique stabilisé ne peut en aucun cas redevenir un buveur normal, car il reste sensible à l'alcool ; aussi considérons-nous que l'abstinence totale de toute boisson alcoolisée doit être respectée et que "ce ne saurait être là qu'une solution adoptée faute de mieux du fait de l'insuffisance de nos connaissances sur l'alcoolisme et de nos moyens thérapeutiques". La rechute est la reprise de toute boisson alcoolisée ; le malade rentrant ainsi à nouveau dans une dépendance pathologique, il va reconstituer l'ensemble du syndrome qu'il présentait avant la cure.

Les résultats à long terme du traitement de la maladie alcoolique sont satisfaisants, à condition toutefois d'accepter le fait que la rechute n'est pas exceptionnelle et que l'on doit la considérer comme un épisode normal dans le processus évolutif vers la stabilisation finale. La rechute est souvent due au fait que le malade vient à douter de la nocivité de l'alcool pour lui et se juge capable d'arrêter de boire quand il le voudra. Pensant avoir retrouvé sa volonté, cet excès d'assurance lui fera tenter l'expérience et rechuter.

La rechute doit représenter un accident banal dans le cours du traitement, quelque chose qui est prévu et ne doit amener aucun découragement ni chez le thérapeute, ni chez le buveur, ni dans son entourage. Il faut dédramatiser sa rechute, en interpréter les mécanismes, les motivations : elle est alors source de progrès.

En résumé, il faut considérer le sujet comme un malade et traiter cette rechute par une nouvelle cure de désintoxication. Cette nouvelle hospitalisation est d'autant mieux acceptée que les méthodes de cure sont moins agressives. Si le thérapeute est là pour aider le malade à surmonter et à analyser sa rechute, elle est alors très profitable, car le malade se trouve ainsi mieux armé contre les rechutes éventuelles, réalisant que la faussee sécurité qu'il éprouvait n'était en fait qu'inconscience et que sous-estimation des difficultés, pouvant alors avoir une confiance raisonnée en ses "propres ressources".

CRITERES DE SUCCES ET RESULTATS

Les résultats immédiats de la cure de désintoxication sont spectaculaires, tant du point de vue de l'état général du patient que de la transformation psychologique.

Les résultats à long terme sont malheureusement plus inconstants et nous nous heurtons, pour essayer de comparer les diverses statistiques, à un écueil majeur : l'appréciation des critères de "succès", de guérison. C'est ainsi que les résultats varient, selon les auteurs (et selon les critères de "succès" retenus) de 19 à 83 % de succès.

Il est évident que des expérimentations ne peuvent pas être comparées si ne sont pas utilisés les mêmes critères de succès. D'une part, la majorité des travaux ne sont pas contrôlés ; d'autre part, leurs résultats ne représentent le plus souvent que l'impression clinique d'une investigation plutôt que des évaluations objectives. D'autre part, la réponse des patients aux divers médicaments n'est pas simplement fonction des propriétés pharmacologiques des substances utilisées.

Un des problèmes caractéristiques dans les

études de l'efficacité du Disulfirame a été la tendance des équipes de traitement d'employer la durée de l'abstinence comme seul critère de succès, en d'autres mots la proportion des patients capables de rester abstinents pendant une période donnée suivant la cure hospitalière. L'abstinence et la durée de celle-ci entrent bien entendu en ligne de compte pour apprécier le résultat des thérapeutiques, mais doivent être replacées dans une perspective appropriée aux autres paramètres de santé et d'adaptation comme les relations maritales et interpersonnelles, professionnelles et les conditions de vie. Ainsi, des patients sont, dans diverses statistiques, classés comme "avec succès" ou "partiellement avec succès", sans aucune mention des critères utilisés. Dans beaucoup de travaux, les évaluations sont donc malheureusement basées sur des impressions subjectives plus que sur des faits concrets.

Un premier pas dans l'analyse statistique des résultats a été réalisé par FOUQUET, qui systématise les modalités évolutives des cures de désintoxication en cinq groupes :

- Abstinence totale sans rechute avec disparition de tout signe névrotique, éventualité pour lui rare et souvent le fait de simples buveurs excessifs.
- Abstinence totale, mais apparition secondaire de manifestations névrotiques diverses que l'alcool avait pour but de compenser.
- Amélioration immédiate incomplète, les nouvelles hospitalisations amenant des améliorations de plus en plus longues pour aboutir en 4 ou 5 ans à une bonne stabilisation avec abstinence.
- Stabilisation de 1 à 2 ans avec abstinence totale maintenue, puis rechute plus ou moins brève.
- Aggravation progressive apparemment irrémédiable avec rechutes de plus en plus fréquentes.

Comme nombre d'auteurs, nous considérons comme

"succès" un malade abstinent et ne présentant plus aucun désir de reprendre ses anciennes habitudes, et cela malgré une reprise du travail dans des conditions normales, la durée et la qualité de l'abstinence restant malgré tout les critères les plus objectifs à apprécier, permettant ainsi la comparaison des résultats.

Un deuxième écueil important dans l'appréciation des résultats à long terme est le nombre important de sujets perdus de vue, soit que les malades n'aient plus de contact avec notre dispensaire, du fait de leur éloignement géographique, soit qu'ils ne se présentent plus aux consultations de post-cure, cet absentéisme n'étant cependant pas toujours synonyme de rechute.

Pour que les comparaisons entre traitement par le Disulfirame et les autres méthodes deviennent réellement valables, seraient nécessaires :

- des critères objectifs simples et explicites pour apprécier les résultats ;
- l'application de ces critères par des individus ignorant le traitement particulier que reçoit le patient (technique en simple aveugle) ;
- la distribution, au hasard des malades, des différents traitements ;
- des populations de malades similaires ;
- des périodes de surveillance adéquates ;
- la possibilité de pouvoir suivre tous les sujets traités ;
- une analyse statistique des résultats.

Les dernières statistiques réalisées dans

notre Service remontent à 1965 et ont été publiées dans la thèse de P. KUPERINDA qui porte sur 1.000 dossiers de cures effectuées entre 1956 et 1964.

Les résultats thérapeutiques obtenus à cette époque étaient pratiquement comparables à ceux des autres méthodes. Ils étaient variables d'une année à l'autre et suivant les degrés d'intoxication, les meilleurs résultats étant obtenus chez les sujets traités au stade de pré-alcoolisme.

Pour les malades suivis, les pourcentages de bons résultats s'échelonnent selon les années entre 33 et 68 %, avec un pourcentage moyen de succès de 41 % sur 10 ans ; le taux de "guérison" à 5 ans était de 45,2 %.

Nous attendons les résultats d'une statistique plus récente en cours, réalisée dans le Service cette année par Daniel FOUCAULT, qui exploite 1.000 dossiers de cures réalisées entre 1964 et 1971.

R É S U M É D E L A T H È S E

Les méthodes de désintoxication sont nombreuses.

Les unes sont basées sur la psychothérapie seule ; elles nous paraissent insuffisantes, sauf dans des cas particuliers. Elles ne s'adressent qu'à des sujets assez malléables sur le plan psychique, assez évolués pour écouter et admettre, assez raisonnables pour prolonger longtemps leur relation avec le médecin.

D'autres font intervenir le conditionnement à l'alcool ; elles ont un effet psychique plus marquant chez la plupart des sujets, constituant le prolongement personnel de la relation médecin - malade. Ce conditionnement peut être réalisé :

- soit par l'apomorphine seule jusqu'à l'obtention d'un réflexe conditionné à la vue d'une boisson alcoolisée ; trop brutal, trop dangereux, il est peu à peu abandonné ;

- soit par le Disulfirame.

Le Service du Professeur MOLINIER, à l'Hôpital de Rambouillet, pratique 100 à 150 cures de désintoxication par an.

Trois chambres de 4 lits ont été affectées à la réalisation des cures dans le Service, mais il

n'existe aucune ségrégation entre buveurs et autres malades de médecine générale.

Notre méthode personnelle est un amalgame des diverses méthodes préconisées ; elle a comme avantages d'être rapide, nécessitant moins de trois semaines d'hospitalisation, de n'être ni pénible ni dangereuse, ainsi d'être bien acceptée.

La période de sevrage dure de 3 à 4 jours. Le malade étant sevré de toute boisson alcoolisée dès son entrée dans le Service, les accidents à cette phase sont prévenus par l'emploi des tranquillisants ; nous avons donc rejeté l'emploi de l'éthylothérapie intra-veineuse. Cette période est mise à profit pour réaliser le bilan clinique et biologique permettant de mettre en évidence une éventuelle contre-indication à la cure. Nos indications sont assez larges et nous ne prenons en considération que les contre-indications suivantes : l'âge supérieur à 50 ans, les cirrhoses et les cardiopathies décompensées, la grossesse, les crises comitiales récentes graves.

Nous entreprenons alors le traitement par l'emploi du Disulfirame (1 comprimé d'Espéral quotidien) avant toute mise en oeuvre de désintoxication, les "épreuves" Disulfirame-alcool n'étant commencées qu'après un délai de quelques jours. Nous réalisons alors cinq épreuves en tout, à raison de trois par semaine.

Nous n'employons l'apomorphine que dans un second temps, et ce uniquement lors des quatre dernières épreuves si la première épreuve Disulfirame-alcool ne s'est pas soldée par des vomissements.

Notre méthode s'avère donc beaucoup moins traumatisante que les méthodes classiques ; ainsi, nous ne cherchons pas à créer le réflexe conditionné qui serait idéal, mais en pratique exceptionnel ;

l'intérêt des épreuves nous semble se situer plus dans une prise de conscience du danger lié à l'absorption de boisson alcoolisée qu'en un véritable conditionnement.

La technique des implants nous paraît incontestablement un pis-aller que nous avons réservé jusqu'ici à des malades que nous considérons comme de mauvais pronostic sur le plan psychologique; ses indications semblent de plus en plus exceptionnelles.

A leur sortie du Service, nos malades sont, d'une part mis en contact avec des associations d'anciens buveurs, d'autre part suivis médicalement tous les mois par le Dispensaire de secteur, l'entretien ultérieur de l'abstinence par un comprimé d'Espéral quotidien nous semblant devoir être maintenu pendant un an à un an et demi.

Notre méthode, synthèse moins traumatisante des méthodes classiques de cures de désintoxication, nous paraît être un pas en avant vers une meilleure compréhension des buveurs. On peut la considérer comme un progrès dans les résultats de plus en plus encourageants obtenus dans le traitement de l'éthylisme chronique.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Necker - Enfants-Malades,

Pr. JEROME

Le Président de la thèse,

H. PEQUIGNOT

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Alcoolisme et post-cure. A propos de l'expérience de la Vienne.
C. POISSON
Thèse Poitiers, 1972.
- 2 - Traitement adapté aux malades alcooliques dans un secteur d'hygiène mentale.
B. CALAMY
Thèse Clermont-Ferrand, 1973.
- 3 - A propos de 104 cas de cure de désintoxication alcoolique.
A. MOLINIER, J. PETIT, P. DUPAIN
La Semaine Médicale, Nov. 1959.
- 4 - Résultats et modalités d'une méthode de désintoxication alcoolique dans un centre hospitalier régional.
P. KUPERINDA
Thèse Paris, 1965.
- 5 - La désintoxication éthylique.
A. MOLINIER, P. KUPERINDA et N. TCHOURUMOFF
Sem. Hôp. Paris, Mai 1966.
- 6 - Traitement de la maladie alcoolique.
Dr. D. VACHONFRANCE
Comité National de Défense contre l'Alcoolisme, Déc. 1972.

- 7 - Le Disulfirame affronté à l'évolution de l'alcoolologie.
J. DONABEDIAN
Thèse Paris, n° 436, 1970.
- 8 - Comparaison des résultats du traitement de l'alcoolisme par le disulfirame et sans disulfirame.
BAEKELAND et collaborateurs.
Journal of Nervous and Mental Diseases, Juillet 1971, 153, n° 1, 1-9.
- 9 - Centres de désintoxication.
FOX, GRAHAM et GILL
Archives of General Psychiatry, Fév. 1972, 26, n° 2, 179-182.
- 10 - Traitement de l'alcoolisme au Disulfirame.
LUNDWALL et BAEKELAND
Journal of Nervous and Mental Diseases, Déc. 1971, 153, n° 6, 381-384.
- 11 - Conduite pratique de la désintoxication alcoolique.
L. VIDART, E. GASTEAU
Revue de l'Alcoolisme, Tome 5, N° 2, 1959.
- 12 - Alcoolisme chronique.
J.P. SOUBRIER, P. BAIL
Encyclopédie médico-chirurgicale, 1969.
- 13 - L'alcoolisme.
J. LEREBoullet
Cahiers Baillière, 1972.
- 14 - Review of Drug effectiveness in the treatment of Alcoholism.
JORGE A. VIAMONTES
American J. Psychiatr. 128 : 12 Juin 1972.

- 15 - L'alcoolisme et son traitement.
Raoul LECOQ
G. Doin et Cie, éditeurs, 1957.
- 16 - Désintoxication alcoolique au centre "Louis
Sevestre" (Indre-et-Loire).
J.C. MARTIN
Revue de l'Alcoolisme, n° 2, Avril 1973.
- 17 - L'alcoolisme.
Laboratoires Chabre, Toulon, 1973.
- 18 - Les alcooliques.
R. GENTIS
Editions du Scarabée, 1968.
- 19 - Les rechutes.
P. FOUQUET
Mouvement Vie Libre.
- 20 - L'alcoolisme. Problèmes médico-sociaux.
Paul PERRIN
L'Expansion, éditeur, 1950.
- 21 - La désintoxication alcoolique.
J. LÉREBOULLET
Immex, Mars 1965.
- 22 - Une tentative de suicide au disulfirame.
R. PLANCHE
- 23 - Les neuropathies périphériques du Disulfirame.
J. GRAVELEAU
Société Française de Neurologie, Séance du
3/2/1972.
- 24 - Les accidents du Disulfirame.
J. LÉREBOULLET
Société Française de Neurologie, Séance du
2/3/1972.

- 25 - Nouvelles thérapeutiques de l'alcoolisme.
S. BINDER
Zu. Psychotherap. Med. Psychol. 21 (6), 239-247, 1971.
- 26 - Nouvelles méthodes de traitement de l'alcoolisme.
W.W. GORDON
Amer. J. Psychotherapy 25 (3), 394-417 (1971).
- 27 - Essai de la Succinylcholine.
J. CLANCY
Quart. J. Stud. Alcohol. 28, 1967.
- 28 - Traitement de l'alcoolisme par le LSD.
C.G. COSTELLO
Rev. Ass. Psychiatres 14 (1), 1969.
- 29 - Traitements d'aversion.
S.G. LAVERTY
Psychosom. Med. 28 (4), 1966.
- 30 - Aversion électrique dans l'alcoolisme chronique.
R.E. VOGLER
J. Consult. Clin. Psychol. 34, 1970.
- 31 - Traitement de l'alcoolisme par psychothérapie et placebo.
A. VOURLEKIS
Excerpta Med. Congr., Pays-Bas, 1967.
- 32 - Le médecin face au malade alcoolique.
Riom Laboratoires, éditeurs.
-

